

**VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU**  
**STUDIJ SESTRINSTVA**

ZAVRŠNI RAD br. 56/SES/2014

**DEPRESIJA U BOLESNIKA S KRONIČNIM**  
**BOLESTIMA I ULOGA MEDICINSKE SESTRE**

Draženka Jambrušić

Bjelovar, svibanj 2016.

**VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU**  
**STUDIJ SESTRINSTVA**

ZAVRŠNI RAD br. 56/SES/2014

**DEPRESIJA U BOLESNIKA S KRONIČNIM**  
**BOLESTIMA I ULOGA MEDICINSKE SESTRE**

Draženka Jambrušić

Bjelovar, svibanj 2016.



**Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

**Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar**

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Jambrušić Draženka**

Datum: 17.07.2014.    Matični broj:000451

JMBAG: 0314004447

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 2**

Naslov rada (tema): **Depresija u bolesnika s kroničnim bolestima i uloga medicinske sestre**

Mentor: **Marina Friščić, dipl.med.techn.**    zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. Gordana Šantek Zlatar, dipl.med.techn., predsjednik
2. Marina Friščić, dipl.med.techn., mentor
3. Živko Stojčić, dipl.med.techn., član

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 56/SES/2014

Depresija se u današnje vrijeme ubraja u najčešće psihičke bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija predviđa da će do 2020. godine depresija postati drugi javno zdravstveni problem stanovništva. Depresija se javlja u bolesnika koju su oboljeli od kroničnih tjelesnih bolesti, te će u radu biti prikazana istraživanja koja povezuju pojavnost depresije u bolesnika s kroničnim bolestima. Najčešće kronične bolesti u kojih se može javiti depresija su: KOPB, alergije, bronhalna astma, epilepsija i dijabetes. U radu će biti opisana uloga medicinske sestre u prepoznavanju depresivnih epizoda kod bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti.

Zadatak uručen: 17.07.2014.

Mentor: **Marina Friščić, dipl.med.techn.**



## ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici dipl. med. techn. Marini Friščić na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada kao i na izrazitoj motivaciji.

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
2. KRONIČNE NEZARAZNE BOLESTI .....	2
2.1. Kronična opstruktivna bolest pluća– KOPB .....	3
2.2. Bronhalna astma .....	6
2.3. Diabetes Mellitus .....	8
2.3.1. Komplikacije Diabetes mellitusa .....	9
2.3.2. Dijagnostika i liječenje Diabetes mellitusa .....	11
3. SESTRINSKE DIJAGNOZE .....	13
3.1. Epilepsija .....	13
3.1.1. Postupci medicinske sestre kod zbrinjavanja bolesnika tijekom velikog epileptičkog napadaja .....	15
3.1.2. Zdravstveni odgoj i sestrinska skrb oboljelih od epilepsije .....	16
3.1.3. Sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi kod bolesnika oboljelih od epilepsije .....	17
3.2. Alergije .....	19
3.2.1. Sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi kod bolesnika s alergijom .....	20
4. AFEKTIVNI POREMEĆAJ- DEPRESIJA .....	22
4.1. Simptomatologija depresivnih poremećaja .....	24
4.2. Najčešće sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi kod depresije .....	25
4.3. Uloga medicinske sestre kod osoba oboljelih od depresije .....	27
5. ZAKLJUČAK .....	30
6. LITERATURA .....	31
7. SAŽETAK .....	33
8. POPIS TABLICA I GRAFIKONA .....	34

## 1. UVOD

Depresivni poremećaj predstavlja značajan problem u području mentalnog zdravlja u Europi. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, depresija predstavlja četvrti najveći svjetski zdravstveni problem, oko 2020. godine bit će drugi svjetski zdravstveni problem, a uz navedeno je i najveći uzrok nesposobnosti među odraslima. Depresija je puno više nego prolazni osjećaj žalosti i umora, a bolesnik s depresijom često se prezentira složenim i preklapajućim emocionalnim i tjelesnim simptomima, uključujući bolne žalbe (Filaković P. 2004.). U zdravstvenoj njezi se često zapostavlja psihološki aspekt, tj. utjecaj kronične bolesti na psihi, ali i obratno. U svakodnevnom radu susreću se bolesnici s komorbiditetom depresije i tjelesnih bolesti pri čemu dolazi do komplikacija u liječenju osnovne, tjelesne bolesti te se produljuje liječenje i povećavaju troškovi zdravstvene skrbi. Problem je djelomice u tome što depresija često ostaje neprepoznata, liječenje depresije u takvih bolesnika se znatno odgađa, te se time produljuje patnja kako za samog bolesnika tako i za njegovu okolinu. A u velikom broju slučajeva se i zdravstveno stanje nepotrebno zakomplicira. Najgori ishod u takvim slučajevima jest suicid koji počinu čak 15% oboljelih od depresije (Hautzinger M. 2002). U ovom radu bit će prikazan navedeni problem te povezanost depresije sa velikim brojem kroničnih bolesti.

Također, u radu će se prikazati neke od kroničnih bolesti koje su najčešće u korelaciji sa depresijom te njihov međusobni odnos. Neke od tih bolesti su kronična opstruktivna plućna bolest, bronhalna astma, dijabetes, alergije i epilepsija. A kako ključnu ulogu u zdravstvenoj njezi ima medicinska sestra, tako će i uloga medicinske sestre biti važna okosnica rada, i to sa ciljem promicanja kvalitete zdravstvene njege bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti.

## 2. KRONIČNE NEZARAZNE BOLESTI

Sve kronične bolesti imaju neke zajedničke osobitosti a neke od njih su te da je njihovo stanje stalno, neprekidno, imaju raznolike znakove pojavljivanja i očitovanja, dugotrajne su, uzrokuju invaliditet i nepovratna oštećenja zdravlja, te su potrebna dugotrajna razdoblja zdravstvene kontrole i nadzora (Hautzinger M. 2002.). Već samo to govori kako u životu kronično oboljele osobe neminovno dolazi do različitih promjena. Bilo da je u pitanju unos promjena u način prehrane, promjena određenih navika kao što su prestanak pušenja ili smanjen unos alkohola, korištenje određenih pomagala ili zahtjevniji rehabilitacijski postupci, sve te promjene mogu negativno utjecati na čovjeka. A kako ljudi na različite načine reagiraju na različite promjene tako i pristup svakoj osobi treba biti individualan.

S obzirom da je medicinska sestra 24 sata uz bolesnika, njezina je odgovornost na vrijeme prepoznati znakove depresije u bolesnika. To će postići holističkim pristupom, gledajući na pacijenta kao na cjelinu, ne obraćajući pritom pažnju samo na medicinske dijagnoze i provođenje intervencija vezano isključivo uz njih. Potrebno je u suradnji s liječnikom nakon postavljene dijagnoze dogovoriti daljnje intervencije koje će se provoditi sa ciljem ne samo liječenja bolesti nego i bolesnikovog prihvaćanja bolesti, te suradnje u liječenju što može nepobitno utjecati na ishod samog liječenja. Nažalost, zdravstveno osoblje koje zbrinjava pacijente, a posebice kronične bolesnike, nije dovoljno osvješteno po tom pitanju. Svjedoci smo čak i negativnih komentara zdravstvenog osoblja ukoliko se primjete određeni znaci slabosti, nezainteresiranosti, pretjeranog umora ili recimo frustracija u pacijenta, ne razmišljajući pritom da su to sve mogući znakovi depresije i svojevrsan poziv za poduzimanje određenih mjera. U sljedećim poglavljima su navedene i objašnjene neke od kroničnih bolesti koje mogu izazvati depresiju.

## 2.1. Kronična opstruktivna bolest pluća– KOPB

Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) karakterizirana je nepotpuno reverzibilnom i progresivnom opstrukcijom dišnih putova. Ono je i jedna od najčešćih bolesti i četvrti vodeći uzrok smrti u svijetu nakon koronarne bolesti, cerebrovaskularnih i malignih bolesti. U tijeku bolesti javljaju se faze akutnog pogoršanja simptoma kašlja, iskašljavanja sputuma i dispneje (egzacerbacije), varijabilne učestalosti i težine. "Za KOPB je karakteristično smanjenje protoka zraka kroz dišne puteve koje nije potpuno reverzibilno. Smatra se da je pušenje glavni uzrok (90%), aktivno ili pasivno, i povećava rizik od obolijevanja u 10-43% odraslih" (Plavec D. 2005).Tome u prilog idu i istraživanja koja su pokazala podjednaku učestalost obolijevanja muškaraca i žena, te upućuju na povezanost pušačke navike i KOPB-a. Ostali okolišni čimbenici rizika su izloženost zagađenju okoliša prašinom i kemikalijama, zagađenju zraka u zatvorenim prostorima, izgaranjem bioloških goriva u neprovjetrenim prostorima, česte respiratorne infekcije u dječjoj dobi te socioekonomski status. Uz navedene okolišne čimbenike, genetska predispozicija i preosjetljivost dišnih putova povećavaju rizik od nastanka KOPB-a.

U kategoriju KOPB-a se najčešće upotrebljavaju bolesti sa sljedećim medicinskim dijagnozama, a to su: kronični bronhitis, emfizem pluća i kronična perzistirajuća astma. Te bolesti sužavaju promjer traheobronhalnog stabla i povećavaju otpor strujanju zraka te stoga i pripadaju skupini opstruktivskih plućnih bolesti. Razlog više zbog kojih pripadaju zajedničkoj funkcionalnoj dijagnozi jest činjenica da se simptomi tih triju bolesti često preklapaju te imaju i zajedničku posljedicu – neučinkovito disanje i hipoksiju tkiva.

Osnovni simptomi su kašalj, iskašljavanje i otežano disanje u naporu. Simptomi su često krivo prepoznati jer se otežano disanje često povezuje sa kondicijom, naročito u starijih ljudi, a kašalj se povezuje sa pušenjem u pozitivnom kontekstu jer se na taj način pluća "čiste". Vrlo je bitno na vrijeme prepoznati simptome bolesti kao i pravodobno započeti sa terapijom i liječenjem jer se time smanjuje i učestalost pogoršanja bolesti koje tada zahtijeva i bolničko liječenje koje predstavlja dodatni stres za oboljelog. Stoga je bolesnicima potrebno pristupiti



sveobuhvatno, educirajući ih o bolesti, mogućim komplikacijama i pogoršanjima bolesti, o važnosti redovitog uzimanja lijekova kao i o pravilnom načinu disanja i iskašljavanja. To će rezultirati uspostavljanju zadovoljavajuće kvalitete života pojedinca . Potrebno je oboljelima od KOPB-a omogućiti normalno funkcioniranje u obitelji i društvu, određenu tjelesnu sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, bavljenje sportom ili nekim oblikom rekreacije, čime se između ostaloga dolazi do poboljšanja mišićne mase, boljeg podnošenja napora kao i smanjenje depresije. Osim članova obitelji potrebno je uključiti i interdisciplinarni tim, čija suradnja treba biti maksimalna. “Bitno je odgoditi dugotrajnu primjenu kisika u liječenju ovih bolesnika jer ona zahtijeva kompleksan pristup i doživotna je. No kada KOPB bolesnici dođu u stadij u kojem imaju niske razine kisika u krvi moraju ga nadoknađivati putem posebnih izvora kisika za kućnu upotrebu (koncentratori). Liječenje tim putem se odvija u trajanju od 18h dnevno, a noću obavezno, te je dokazano kako ova terapija produžuje preživljavanje oboljelih od KOPB-a te omogućava bolju kvalitetu života” (Rožman A. 2007)

Potrebno je bolesnike u što ranijem stadiju pridobiti na suradnju, provesti mjere odvikavanja od pušenja, objasniti im važnost spirometrijskog testiranja najmanje jedanput godišnje a kod akutnog respiratornog infekta obavezno.

U tablici 1. je prikazana usporedba dijagnostičkih karakteristika KOPB-a u odnosu na astmu i zatajenje srca prikazujući dob pojave bolesti, prisutnost štetnih čimbenika, simptome te odgovor na određene vrste liječenja.

Tablica 1. Diferencijalno dijagnostičke karakteristike KOPB-a u odnosu na astmu i zatajenje srca

	KOPB	Astma	Zatajenje srca
Dob pojave bolesti	Najčešće >40g	Bilo koja	Najčešće >65g
Pušenje	Najčešće aktivni/bivši pušači	+/-	Često prisutno

Simptom	Jutarnji kašalj i iskašljaj, postupna progresivna zaduha	Piskanje (kašalj)	Zaduha, periferni edemi
Vršni ekspiratorni protok (PEF)	Snižen, mala varijabilnost	Snižen, varijabilan iz dana u dan	Snižen u nekih bolesnika
Odgovor na bronhodilatatore	Simptomatsko poboljšanje bez FEV1*	Dobar odgovor	Bez odgovora
Odgovor na kortikosteroide	Simptomatsko poboljšanje bez FEV1	Dobar odgovor	Bez odgovora

Plavec D. 2005

\*FEV1- forsirani ekspiratorni volumen u 1 sekundi

S postavljanjem dijagnoze bolesnik dolazi do saznanja o svim štetnim čimbenicima, kao i o promjenama koje bi trebao unijeti u svakodnevni život. Tada, osim pružanja osnovnih informacija o mogućim uzrocima bolesti, tijekom bolesti, simptomima te liječenju, bitno je napraviti plan zdravstvene njege, odnosno postaviti sestrinske dijagnoze i konkretne ciljeve te u suradnji sa pacijentom planirati intervencije. Na taj način medicinska sestra može utjecati kako na sam tijek bolesti tako i na zadovoljstvo pacijenta samostalno postignutim rezultatima. Time se i smanjuje mogućnost obolijevanja pacijenta od depresije uzrokovane kroničnom bolešću.

## 2.2. Bronhalna astma

Bronhalna astma je kronična upala dišnih puteva, karakterizirana hiperiritabilnošću traheobronhalnog stabla te reverzibilnom bronhokonstrukcijom. U nastajanju bolesti sudjeluju mnoge stanice, naročito mastociti, eozinofili i T-limfociti koji u upalnom procesu uzrokuju rekurentne napadaje piskanja, dispneje, napetosti u prsnom košu i kašalj, osobito noću ili rano ujutro. Javlja se promjenjivo ograničenje protoka zraka koje i uzrokuje navedene simptome te je djelomično reverzibilno, bilo spontano, bilo pomoću liječenja. Dolazi do upalnog procesa koji dovodi do pojačanog reagiranja dišnog puta na razne podražaje koji na iste reagira bronhokonstrikcijom.

Bronhalna astma je epizodna bolest koja se može pojaviti sa ili bez simptoma. Bolest se javlja u svim rasama kao i u svim dobnim skupinama, no ipak je incidencija najveća u djece od 5 godina te u djece i mlađih osoba prevalencija u svijetu posljednjih 30 godina raste. Sa etiološkog stajališta bronhalna astma je vrlo heterogena bolest te u istog bolesnika različiti podražaji mogu izazvati bronhokonstrikciju. Sukladno time, postoji i više vrsta astme, ovisno o čimbenicima koji uzrokuju napadaje. Tako se u literaturi spominje alergijska bronhalna astma, endogena (intrinzička, idiopatska, kriptogena), aspirinska astma, profesionalna, psihogena, te astma izazvana fizičkim naporom. (Ivković-Jureković I. 2006)

Hiperreaktivnost traheobronhalnog stabla se tumači naslijeđenim ili stečenim poremećajem autonomne kontrole dišnih puteva te upalnim djelovanjem brojnih medijatora. Što se tiče kliničke slike, ona je promjenjiva od bolesnika do bolesnika, ovisno o stupnju opstrukcije bronha. Ovisno o težini, klinička slika se dijeli na intermitentni i trajni oblik. Kod nekih bolesnika asmatski napadaji se javljaju rijetko i kratkotrajni su, dispneja je blaža, a između napadaja se bolesnici osjećaju zdravima. Za akutne asmatske napade je karakteristično da se javljaju noću, odnosno pred zoru, a do pogoršanja asmatskih simptoma dolazi sezonsko u rano proljeće (alergijska).

Simptomi astme su piskanje (difuzno rasprostranjeni po plućima) pri disanju, kašalj i dispneja, te osjećaj napetosti u prsnom košu. Ekspirij je najčešće duži od inspirija. Kašalj češće bude neproduktivan, no katkad bolesnici iskašljavaju veće

količine iskašljaja koji bude sluzav te vrlo viskozozan. Također može biti žuto obojen radi velike količine eozinofila i epitelnih stanica, iako ne postoji upala uzrokovana mikroorganizmima.

Najteži oblik akutne kliničke slike bronhalne astme jest STATUS ASTMATICUS- ASTMATSKI STATUS. Napad gušenja može trajati i 12-24 sata te je otporan na primjenu bronhospasmodika. Često puta je prisutna hiperkapnija te su pozitivna najmanje tri od sljedećih znakova: smanjen ili gotovo odsutan šum inspirija, jače izraženo inspiratorno uvlačenje toraxa i izrazito angažiranje pomoćne respiratorne muskulature, tahikardija  $>110/\text{min}$ , cijanoza koja je prisutna i nakon primjene 40 %-tnog kisika, poremećaj svijesti i smanjeno reagiranje na bol, smanjen tonus skeletnih mišića. "Glad za zrakom" se javlja u težeg astmatskog napadaja, tada je bolesnik tahipnoičan, preplašen, žali se na pritisak u prsnom košu, a mnogi bolesnici se žale da ne mogu udahnuti dovoljnu količinu zraka. Javljaju se i znakovi dehidracije zbog pojačanog znojenja i hiperventilacije. S pogoršanjem bronhokonstrikcije javljaju se cijanoza, tahikardija, smetenost i somnolentnost. Težina astmatskog napadaja može se adekvatno ocijeniti evaluacijom subjektivnih simptoma, fizikalnih znakova, plućne funkcije i parcijalnih tlakova respiratornih plinova u arterijskoj krvi.

Iz svakodnevne prakse postoje brojni dokazi o značajnom utjecaju astme na mnoge aspekte bolesnikova života, o čemu svjedoče istraživanja o utjecaju astme na njegovu kakvoću života. Astma kao kronična bolest uvelike ograničava fizički, emocionalni i socijalni aspekt života bolesnika, utječe na obitelj, školovanje i karijeru. Loše ili neadekvatno kontrolirana astma često uzrokuje izostanke iz škole ili s radnog mjesta i smanjenu radnu sposobnost. "I podatci o porastu stope hospitalizacija zbog astme te o porastu mortaliteta u nekim zemljama vjerojatno su posljedica porasta prevalencije i češće pojave teških oblika astme. Zbog čestih izostanaka iz škole ili s radnog mjesta, ograničenja tjelesnih aktivnosti bolesnika, smanjene produktivnosti, prijevremenog mortaliteta i porasta stope hospitalizacija, astma ima važan socioekonomski utjecaj na svaku zemlju. Iako se troškovi preventivnog liječenja astme čine visokima, cijena neodgovarajućeg zbrinjavanja astme još je mnogo veća." (Jureković-Ivković I.,2006)

## 2.3. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM, šećerna bolest) je kronični poremećaj oštećene tolerancije glukoze, karakterizirano poremećajem metabolizma ugljikohidrata, bjelančevina i masti. Možemo reći i da je ono skupina metaboličnih poremećaja obilježenih hiperglikemijom nastalom zbog poremećaja u izlučivanju inzulina i/ili djelovanju inzulina, a klinički se pojavljuje u četiri osnovna oblika koji se razlikuju po svojoj etiologiji, patofiziologiji, terapijskom pristupu i prognozi kao što je prikazano u tablici. Šećerna bolest je i najčešća metabolička i jedna od najčešćih endokrinih bolesti. Sljedeća tablica prikazuje klasifikaciju šećerne bolesti.

Tablica 2. Klasifikacija šećerne bolesti

Tip bolesti	Obilježja
TIP I	Uzrokovan razaranjem $\beta$ -stanica gušterače i posljedičnim apsolutnim nedostatkom inzulina
TIP II	Uzrokovan inzulinskom rezistencijom i neodgovarajućim nadomjesnim inzulinskim lučenjem
Drugi specifični tipovi	Uzrokovani drugim razlozima, npr. genskim poremećajima $\beta$ -stanične funkcije i/ili inzulinskog djelovanja, bolestima egzokrinog dijela gušterače, lijekovima, kemikalijama
Gestacijski	Izražen ili dijagnosticiran prvi put tijekom trudnoće

Vorko-Jović A., Strnad M., Rudan I. 2010.

Faktori rizika DM su: nasljeđe- obiteljska anamneza, porođajna težina veća od 4 kg, pretilost (tip II), osobe starije dobi (tip II) te poremećena tolerancija glukoze. Ovisno o tipu šećerne bolesti, razlikuje se i etiologija. Kod tipa I dolazi do destrukcije  $\beta$ -stanica koja se odvija putem autoimunih procesa, što dovodi do relativnog ili apsolutnog nedostatka inzulina. Naime, šećerna bolest ne izgleda kao prava autoimuna bolest, no autoimunost bitno utječe na razaranje  $\beta$ -stanica i dovodi do

bolesti. Nadalje, okolinski činioci kao virusni agenti uzrokuju direktno oštećenje  $\beta$ -stanice kao posljedica infekcije ili provokacije autoimunskog, autodestruktivnog procesa.

Kod tipa II dolazi do poremećene sekrecije inzulina, kao i inzulinske rezistencije što za uzrok ima pojavu DM. U ovom tipu bolesti važnu ulogu ima i nasljeđe, pretilost te nedostatak fizičke aktivnosti koja pridonosi nastanku pretilosti. Klinički znakovi koji upućuju na moguć nastanak šećerne bolesti jesu: hiperglikemija, poliurija, polidipsija, polifagija i gubitak tjelesne težine. Ona je također kod različitih tipova DM različita, no svakako izaziva nelagodu kod bolesnika te na određen način utječe na njegov svakodnevni život. Tako su neki od simptoma prisutni pruritus (svrbež, posebno oko spolovila), umor, vrtoglavica, parestezije, suha koža, kožne promjene (ekcemi, akne)... Ti simptomi su prisutni kod diabetes tipa I te se bolest otkriva u prosjeku 10-20 dana nakon nastanka smetnji. No, diabetes tipa II se otkriva većinom slučajno tijekom dijagnostike neke druge bolesti. Razlog tomu je često odsutnost simptoma tako da do postavljanja dijagnoze šećerne bolesti ponekad može proći i do 6 godina. Naime, tada već dolazi do kroničnih komplikacija pa se javljaju dehidracija, duboko disanje, promjene na koži te miris na aceton.

Nakon pojave kliničkih manifestacija ili sumnju na pojavu DM potrebno je provesti dijagnostičke postupke kako bi se bolest potvrdila ili eventualno eliminirala. Dijagnostiku provodi liječnik a sastoji se od anamneze, ispitivanja psihosocijalnih i ekonomskih faktora, fizikalnog pregleda i krvnih pretraga od kojih ključnu ulogu ima razina glukoze u krvi (GUK), ali i provedba OGTT testa.

### **2.3.1. Komplikacije Diabetes mellitusa**

U tijeku šećerne bolesti javlja se razvoj akutnih i/ili kroničnih komplikacija. Akutne komplikacije su ketoacidoza, hiperosmolarno stanje i hiperosmolarna neketotična koma, hipoglikemija i hipoglikemijska koma. One više nisu toliki javnozdravstveni problem zbog sve veće dostupnosti inzulina u razvijenim zemljama.

Glavni uzrok sve većeg opterećenja zdravstvenog proračuna što se dijabetesa tiče jesu kronične komplikacije, koje su ujedno i glavni uzrok mortaliteta u osoba sa DM.

Kronične komplikacije se dijele na vaskularne i nevaskularne. Nevaskularne komplikacije DM jesu: gastrointestinalne u vidu gastropareze i dijareje, genitourinarne (seksualna disfunkcija, gljivična oboljenja), dermatološke komplikacije te infekcije, katarakta i glaukom. Skupina vaskularnih komplikacija obuhvaća mikrovaskularne i makrovaskularne komplikacije. Mikrovaskularne komplikacije su: retinopatija, makularni edem, neuropatija i nefropatija. Makrovaskularnim komplikacijama pripadaju: koronarna srčana bolest, periferna vaskularna bolest, cerebrovaskularne bolesti i dr. Najznačajnije i glavne kronične komplikacije DM su kardiovaskularne bolesti koja je kao najčešća komplikacija DM tipa II odgovorna za 80% smrti kao i za vrlo velik pobol i gubitak kakvoće života u navedenih bolesnika. Razlog tomu su promjene na velikim krvnim žilama do kojih dolazi kod DM-a. Te promjene dovode do razvoja koronarne bolesti s mogućim posljedičnim akutnim infarktom miokarda čija su pojavnost ali i jačina, te opseg područja koje zahvaća veći, a preživljavanje nakon AIM-a kraće nego u osoba bez šećerne bolesti. Moždani udar u svim oblicima, te generalizirana bolest aorte i perifernih krvnih žila, također je češća u takvih bolesnika.

Najkarakterističnija komplikacija šećerne bolesti jest zasigurno dijabetička retinopatija. To je lako prepoznatljiva komplikacija bolesti za koju postoje učinkovite metode liječenja, a ona je unatoč tomu i dalje važan uzrok sljepoće u razvijenom svijetu. Velik dio osoba sa šećernom bolesti tipa II u trenutku postavljanja dijagnoze već ima tu komplikaciju bolesti.

Ostale vrlo značajne komplikacije jesu i dijabetička nefropatija kao najčešći uzrok terminalne bubrežne bolesti u mnogim razvijenim zemljama i dijabetička neuropatija kao najčešća komplikacija šećerne bolesti. Manifestira se kao gubitak osjeta ili kao senzorne manifestacije (najčešće trnci u mirovanju) u stopalima. Čak i u odsustvu simptoma ona je značajan rizični faktor za razvoj dijabetičkog stopala i posljedične amputacije donjih ekstremiteta od kojih se njih otprilike 40-60% provede u osoba sa šećernom bolesti, a više od 85% njih posljedica je dijabetičkog stopala koje je progradiralo do duboke infekcije i gangrene. Osobe sa šećernom bolesti su

pod 20-ak puta većim rizikom od amputacije donjih ekstremiteta od opće populacije, a amputacije donjih ekstremiteta i dijabetičko stopalo jedan su od glavnih uzroka morbiditeta i glavni uzrok disabiliteta te emocionalnih i fizičkih gubitaka u osoba sa šećernom bolesti.

### **2.3.2. Dijagnostika i liječenje Diabetes mellitusa**

Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze- učestale infekcije, umor, gubitak tjelesne težine, poremećaj vida, ukočenost, obamrlost ruku i nogu, prehrambene navike, uzimanje lijekova, faktori rizika za razvoj ateroskleroze, porođajna težina veća od 4 kg i dr.. Zatim na temelju podataka o psihosocijalnim i ekonomskim faktorima koji imaju utjecaj na razvoj DM-a. Također se vrši i fizikalni pregled na temelju kojega se dolazi do podataka o simptomima i već mogućoj razvijenoj kliničkoj slici. Ako postoji sumnja na šećernu bolest određuju se vrijednosti glukoze u krvi kroz sljedeće postupke: u dva navrata nakon gladovanja (od najmanje osam sati) ili slučajnim uzimanjem uzorka krvi kroz 24 sata; uz prisutnost kliničkih znakova bolesti ili njihovu odsutnost. Ako su nalazi negativni (glikemija na tašte <7,7 mmol/l i slučajna glikemija <11,1 mmol/l) treba učiniti OGTT. Ako je GUK >11,0 mmol/l nakon izvođenja testa (vrijednost nakon dva sata nakon uzimanja glukoze), može se govoriti o šećernoj bolesti.

Cilj liječenja je kontrola glikemije, kontrola i liječenje šećerne bolesti, uklanjanje smetnji i sprečavanje razvoja komplikacija. Provodi se osnovnim higijensko-dijetetskim mjerama, oralnim hipoglikemijskim lijekovima i inzulinom samostalno ili u kombinaciji sa OHL. Osnovne higijensko-dijetetske mjere uključuju dijabetičku prehranu, tjelesnu aktivnost primjerenu dobi i zdr. stanju te edukaciju bolesnika.

Oblici liječenja šećerne bolesti su:

- 1) Samopraćenje, samozbrinjavanje (edukacija osoba s DM);
- 2) Dijetalna prehrana;
- 3) Fizička aktivnost, tjelovježba;
- 4) Oralni lijekovi, antidijabetici;
- 5) Inzulin. (Ozmec Š.)



Iz navedenog je očito kako uz farmakoterapijsko liječenje postoje i drugi oblici liječenja, čije provođenje ne ovisi samo o medicinskom timu kojeg čine liječnik, medicinska sestra i dijetetičar nego i o samom bolesniku. Bolesnik treba od strane medicinskog tima biti educiran o svojoj bolesti, mogućim komplikacijama (akutne, kronične), načinu sprečavanja, metodama liječenja DM koji ovisi o prihvatanju bolesti, prilagodbi ponašanja u prehrani, tjelesnoj aktivnosti i higijeni, o svladavanju vještina redovitog samopraćenja te o njihovoj primjeni u regulaciji vlastite bolesti zbrinjavanjem. S obzirom na to, u životu bolesnika oboljelih od DM dolazi do promjena. O veličini tih promjena ovisi zatečeno zdravstveno stanje u bolesnika u kojih je tek otkriven DM u početnoj fazi (DM tipa I, gestacijski diabetes), ili zdravstveno stanje koje je već zahvaćeno kroničnim komplikacijama, te uz to još imaju rizične čimbenike kao što su pretilost, neadekvatna prehrana, smanjena tjelesna aktivnost ili smanjena pokretljivost. Suočeni s tim promjenama, neki bolesnici mogu pružati otpor ili nakon izvjesnog vremena zaključiti da se ne mogu nositi sa tolikim teretom. Iz tog razloga, sestra, kao najodgovorniji član tima za provedbu sustavne i planirane edukacije, treba informacije davati postupno kako vremenski tako i sadržajno te stalno prosuđivati edukacijske potrebe i učinke. Tim postupcima se umanjuje mogućnost nezadovoljstva, nezainteresiranosti i nesuradnje kao posljedice neznanja, ali se i smanjuje mogućnost pojave depresije kod dijabetičara koja bi time ugrozila sam proces liječenja od DM.

### 3. SESTRINSKE DIJAGNOZE

U nastavku poglavlja su opisane epilepsija i alergije te sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi za svaku od navedenih bolesti.

#### 3.1. Epilepsija

Riječ epilepsija grčkog je podrijetla (epileptika) i znači "biti svladan, napadnut, ugrabljen". Epilepsija je poznata još od davnina čemu svjedoče 40 babilonskih glinenih ploča na kojima su opisivane dotad poznate bolesti, a na njih čak pet se opisuje epilepsija. U povijesti je epilepsija imala atribute "sveta", "demonaska", "sotonska", ponajprije zbog svoje impresivne simptomatologije i iznenadnog nastanka. Tako je tijekom srednjeg vijeka bolest bila prilično demonizirana bolest, praćena praznovjerjem, nepovjerenjem i predrasudama, vjerujući kako su epileptičari bili opsjednuti zlim duhovima. Sljedeće teorije također nisu bile u korist pacijenata. Epilepsiju se smatralo kao poremećaj u rasporedu tjelesnih tekućina (krv, crna i crvena žuč, sluz), te kako je ono posljedica nakupljanja sluzi (phlegma) u žilama koje se nalaze u mozgu te od tud potiče pjena na ustima bolesnika. Oko 100. god. nove ere Galen je ustvrdio kako je došlo do širenja sluzi iz ekstremiteta u tijelo, te je izbor liječenja bilo podvezivanje ekstremiteta ili čak i amputacija. No najdrastičnija metoda liječenja ove bolesti svakako je bila trepanacija lubanje kojom se pokušavalo postići istjecanje sluzi. Ona je prethodila još jednoj neuspješnoj teoriji nastaloj oko 1500.g. a to je da je epilepsija uzrokovana otrovima i toksinima uslijed kojih nastaju grčevi nastojeći iste izlučiti iz organizma. Tek se sredinom 19.-og stoljeća događa pozitivan pomak u pogledu epileptičkih napadaja koje je H. J. Jackson protumačio kao izraz prekomjerne aktivacije moždanog tkiva, te je potkraj istog stoljeća prvi put upotrijebljena medikamentozna terapija (Keserović, Čović, Špehar 2014.).

Oboljelih od epilepsije u svijetu ima 50 milijuna, dok u RH 45 000 stanovnika boluje od te bolesti. Bolest je češća kod muškaraca, a simptomi se pojavljuju već u djetinjstvu. Zbog nedovoljne informiranosti često ostaje neprepoznata, te mnogi

oboljeli ne traže medicinsku pomoć zbog posljedica za posao, napredovanje i sl. Čak i u današnje vrijeme postoji stigmatizacija jer se smatra da je riječ o zaraznoj bolesti ili mentalno oboljelim ljudima. Prema etiologiji, epilepsije se dijele na tri vrste: idiopatske (primarne, funkcionalne, nasljedne) kojima je nemoguće utvrditi jasan primarni uzrok nastanka, zatim simptomatske (sekundarne, organske, stečene)-uzrok ove vrste epilepsije je kronično organsko oštećenje ili bolest mozga (prirodni poremećaji razvoja, infekcije, tumori, metaboličke bolesti, trauma, nedovoljna opskrba mozga kisikom, uživanje droga...), te kriptogene- parcijalne epilepsije koje su simptomatske i imaju organski supstrat u podlozi, ali ga je nemoguće dokazati.

Epileptički napadaj povremen je i najčešće kratkotrajan poremećaj funkcije kore mozga, koji se događa zbog prekomjernog i nepravilnog izbijanja živčanih impulsa u mozgu, u pravilu praćen abnormalnostima u elektroencefalogramu (EEG). Radi se o poremećaju aktivnosti kore mozga koja u određenom trenutku ne funkcionira normalno, te kod bolesnika dolazi do poremećaja svijesti. Neki bolesnici ne mogu predvidjeti nastanak poremećaja svijesti, dok drugi imaju tzv. "auru", odnosno, predosjećaj da dolazi do poremećaja svijesti. Danas, znatan broj bolesnika može, uz dobro odabranu terapiju, izbjeći epileptičke napadaje.

Epileptički napadaji se dijele na 4 vrste:

1) **Generalizirani napadaji**- karakterizirani izbijanjem u širem području mozga bez lokaliziranog početka, s poremećajem svijesti, a to su toničko-klonički ili grand mal i absans ili mali napadaj (petit mal);

2) **Parcijalni napadaji**- započinju u jednom dijelu mozga, ali mogu se proširiti i na cijeli mozak, a to su jednostavni parcijalni napadaji te složeni ili kompleksni parcijalni napadaji.

3) **Specijalni epileptički sindromi**:

3.1) Lennox-Gastaut sindrom (najteži oblik epilepsije, javlja se u ranom djetinjstvu);

3.2) juvenilna mioklona epilepsija (javlja se u pubertetu);

3.3) infantilni spazmi- iznenadni kratki napadaji koje karakterizira tipičan spazam struka, ekstremiteta i vrata;

3.4) tonički napadaji- karakterizirani su naglim gubitkom mišićnog tonusa, što rezultira trenutnim padom i ozljedama lica i drugih dijelova tijela.

4) **Epileptični status ( Status epilepticus)**- stanje u kojem epileptični napadaj traje dulje od 30 minuta te ne reagira na terapiju, ili kada se javljaju napadaji u nizovima sa dugotrajnim, učestalim i kraćim poremećajima svijesti. Važno je znati da epileptički status ugrožava život te u određenom obimu uvijek uzrokuje oštećenje mozga. Postoje napadaji koji mogu diferencijalno dijagnostički simulirati epileptičke napadaje, ali nisu uzrokovani epilepsijom a to su: febrilne konvulzije koje se javljaju kod male djece, u dobi od 3 mjeseca pa do 5. godine života, a posljedica su povišene tjelesne temperature; upale mozga (meningitis, encephalitis)- mogu izazvati poneki epileptički napadaj tijekom trajanja bolesti zbog upalnog i kemijskog podražaja moždane kore; kontuzije mozga( nagnječenje) te moždani metabolički poremećaji- poput niske razine šećera u krvi, manjka kalcija i ostalih elektrolita te teška stanja kod oštećenja jetara i bubrega. (Keserović, Čović, Špehar 2014.).

### **3.1.1. Postupci medicinske sestre kod zbrinjavanja bolesnika tijekom velikog epileptičkog napadaja**

Potrebno je uočiti i nakon napadaja evidentirati u sestrinskoj dokumentaciji sljedeće čimbenike: navesti je li napadaj promatran od samog početka; opis okolnosti prije napadaja (vizualni, auditivni, olfaktorni, taktilni podražaji); kako je napad počeo i kako se razvijao (na kojem dijelu tijela, položaj očnih jabučica); vrste kretnji koje su bile prisutne; veličinu zjenica i jesu li oči bile otvorene; pojava neke druge motorne aktivnosti (cmakanje usnica ili gutanje); inkontinencija urina i/ili fecesa; nesvjestica, ako je prisutna, i duljina njezina trajanja; vremensko trajanje nemogućnosti govora poslije napadaja; duljina sna poslije napadaja.

Sestrinske intervencije tijekom epileptičkog napadaja jesu, i to: medicinska sestra uz bolesnika mora ostati cijelo vrijeme dok napadaj traje; osigurati bolesnikovu privatnost; bolesnika koji predosjeća napadaj (ima auru) pripremiti za napadaj, poleći ga i u usta mu staviti orofaringealni tubus (airway); zaštititi bolesnikovu glavu da ne

udari u tvrdu plohu; olabaviti napetu odjeću, ukloniti jastuke i podići bočnu zaštitu na krevetu; ne nasilno otvarati čeljust i ne ograničavati bolesnikove pokrete; postaviti bolesnika u bočni položaj nakon napadaja (bočni položaj omogućuje prohodnost dišnih putova, sprječava aspiraciju sline i zapadanje jezika); omogućiti bolesniku miran san nakon napadaja; orijentirati bolesnika nakon buđenja (bolesnici imaju amneziju u vrijeme trajanja napadaja; nakon buđenja bolesnici su često uznemireni i dezorijentirani).

### **3.1.2. Zdravstveni odgoj i sestrinska skrb oboljelih od epilepsije**

Ciljevi zdravstvenog odgoja bolesnika s epilepsijom jesu: usvajanje potrebnih znanja o epilepsiji; razumijevanje simptoma; nadzor učestalosti napadaja; psihosocijalna prilagodba. Epilepsija je bolest kroničnog karatera. Stoga bolesnik i njegova obitelj moraju usvojiti znanja o samoj bolesti, njezinu tijeku i liječenju. A u edukaciji važnu ulogu ima medicinska sestra. Bolesnik mora poznavati učinke terapije, neželjene pojave i nužnost redovitog uzimanja terapije te redovitog liječničkog nadzora.

Stoga zadaci medicinske sestre u obimu sestrinske skrbi pacijenata oboljelih od epilepsije jesu: praćenje bolesnikova stanja; pružanje pomoći prilikom samog napadaja; edukacija bolesnika i članova obitelji i dokumentiranje, gdje sestra mora prikupiti sve podatke o bolesniku, njegovu načina života i radu. Potrebno je bolesnika aktivno poticati na sudjelovanje u procesu liječenja i naglasiti njegovu važnost. Treba izbjegavati stanje ovisnosti o sestri i težiti njegovu osamostaljenju te odnos prema bolesniku treba biti profesionalan i stručan. Pri samom napadaju sestra mora biti prisebna i brza i u što kraćem vremenskom roku ordinirati i provesti potrebene metode i postupke.

### **3.1.3. Sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi kod bolesnika oboljelih od epilepsije**

Prije postavljanja sestrinske dijagnoze potrebno je prikupiti podatke i medicinsku dokumentaciju o epilepsiji, terapiji koju bolesnik koristi, znanju bolesnika o njegovoj bolesti te procijeniti njegovo emocionalno stanje iz čega zatim proizlazi sestrinska dijagnoza. Kod svake sestrinske dijagnoze javljaju se i kritični čimbenici koji otežavaju bolesnikovo stanje. Kod dijagnoza vezanih uz epilepsiju to su najčešće: ostale medicinske dijagnoze, strah od gušenja i smrti, izoliranost, strah od komplikacija epilepsije, smanjeno smopouzdanje, prijetnja socioekonomskom status i dr. Također se prepoznaju i određena vodeća obilježja koje sestra mora znati prepoznati, a u ovom slučaju to su: razdražljivost, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, smanjena komunikativnost, otežan san, otežana koncentracija itd. Neke od sestrinskih dijagnoza i sestrinsko-medicinskih problema vezano uz epilepsiju su navedene u nastavku.

1. Visok rizik za ozljede u/s gubitkom svijesti, toničko-kloničkim grčevima, padom 2° epi napadaj;
2. Strah od ponavljajućih napadaja u/s prethodnim neugodnim iskustvom;
3. Visok rizik za respiratorni arest u/s grčem respiratorne muskulature 2° epi napadaj;
4. Socijalna izolacija u/s izbjegavanjem javnih mjesta 2° strah od epi napadaja;
5. Neupućenost u prepoznavanje aure u/s nedostatkom specifičnog znanja i iskustva;
6. Neupućenost u metode samopomoći kod epi napadaja u/s nedostatkom specifičnog znanja i iskustva;
7. Neupućenost obitelji u zbrinjavanje bolesnika s epi napadajem u/s nedostatkom specifičnog znanja i iskustva.

Nakon postavljanja sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinskih problema potrebno je stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost i time stvoriti empatijski odnos i pokazati bolesniku razumijevanje njegovih osjećaja. Nakon toga je važno sa pacijentom utvrditi njegovo znanje o bolesti i metodama samopomoći kod epileptičnih napadaja, te mu pomoći u nadogradnji znanja, utvrditi znanje o prepoznavanju znakova nadolazećeg napadaja, te naglasiti važnost uzimanja terapije u svrhu izbjegavanja istih. Osim nadogradnje znanja bitno je dobiti povratnu informaciju od pacijenta kako bismo bili sigurni da uči sa razumijevanjem te da će isto moći primijeniti u praksi. Ako je moguće bilo bi dobro uključiti obitelj bolesnika kako se ne bi osjećao izolirano, te i njih educirati o bolesti s kojom će se svakodnevno susretati. Time će se i umanjiti strah uzrokovan neupućenošću, čime će biti od velike pomoći oboljelom u svladavanju njegovih strahova. Sa pacijentom i obitelji treba poraditi na prihvaćanju bolesti i svega što ona nosi jer što prije bolest prihvate, prije će moći poraditi na intervencijama u svrhu ostvarivanja što kvalitetnijeg života. Neke od konkretnih intervencija tijekom epi napadaja koje bolesnici i njegova obitelj trebaju savladati jest polijeganje bolesnika u slučaju aure, zaštita bolesnikove glave od udarca u tvrdu podlogu, te oslobađanje dišnih puteva u svrhu izbjegavanja respiratornog aresta. Zatim prilagodba prostora u kojoj se bolesnik kreće (micanje namještaja, mekani materijali na namještaju i podovima..), educiranje pacijenta da izbjegava penjanje po ljestvama ili stolicama posebno ukoliko su same kod kuće, savjetovati da nosi udobnu odjeću, a ako su napadi učestali i štitnike za koljena i glavu. U svrhu izbjegavanja bilo kakvih fizičkih ozljeda ili možebitne smrti važno je i da pacijent ne koristi električne aparate bez prisutnosti ukućana, te da korisiti plastične čaše i tanjure. Sve navedene mjere predostrožnosti mogu negativno utjecati na pacijenta jer se može osjećati nesposobno i bespomoćno u pojedinim trenucima i zato medicinska sestra mora opažati sve verbalne i neverbalne znakove anksioznosti te izvijestiti o njima i znati postupati u skladu sa njima. Između ostalog mu treba omogućiti da sudjeluje u donošenju odluka, te ga potaknuti da traži pomoć od med. sestre ili svojih bližnjih kada osjeti anksioznost, kao i poticati ga na održavanje kontakata što će također pozitivno utjecati na cjelokupno stanje bolesnika.

### 3.2. Alergije

Alergije su posljednjih pola stoljeća a naročito posljednjih 20-ak godina postale sveprisutne u svakodnevnom životu velikog broja ljudi. Za medicinsku znanost razlog tomu nije posve jasan, no ipak se spominju neki čimbenici koji mogu imati utjecaja. Jednim dijelom su za nastalo stanje odgovorne promjene u okolišu. No civilizacijski pomaci, zapadnjački način življenja što između ostaloga donosi i produljeni boravak u zatvorenim prostorima, rezultirali su promjenama higijenskih navika te su ljudi manje izloženi bakterijskim supstancijama kao što su endotoksini i općenito imunostimulacijske bakterijske deoksiribonukleinske sekvence. Istraživanja također pokazuju kako djeca rođena u gradovima koja nemaju kontakata sa domaćim životinjama imaju veću sklonost alergijama kao i život u manjim obiteljima. Zagađenost okoliša ispušnim plinovima pridonosi razvoju sve agresivnijih alergena, ali i unutarnji okoliš u kojem ljudi sve više borave povećavaju izloženost grinjama, žoharima, plijesni, vlazi, dimu cigareta.

Drugi dio uzroka leži u promijenjenoj prehrani novorođenčeta gdje se sve više prelazi na umjetnu prehranu, koja ni približno nema sve potrebne zaštitne faktore koje sadrži majčino mlijeko. Odnosno, nema protektivne vrijednosti koje aktivno stimuliraju rad imunosnog sustava. Također, razvojem globalizacije sve se manje konzumira sirova hrana bogata antioksidansima, što isto tako može dovesti do alergijske preosjetljivosti.

Prema von Pirquetu (1906.) alergija je promijenjeno stanje imunološke reakcije. Najčešća alergijska bolest je alergijski rinitis, potom atopijski dermatitis, astma i alergijske reakcije probavnog sustava. Uzroci alergijske reakcije osim navedenih mogu biti alergeni iz zraka (inhalacijski alergeni), koji mogu biti cjelogodišnji (grinja, alergen mačke), te sezonski alergeni (pelud stabala, trava ili korova). Od njih je najčešći uzročnik alergijskog rinitisa ambrozija koja se javlja krajem ljeta. Ipak, preventivnim mjerama, ranim otkrivanjem bolesti te odgovarajućim liječenjem može se postići kvaliteta života u osoba koja pate od alergijskih bolesti.

No, s obzirom da su uzroci alergijskih bolesti isprepleteni te dijelom nejasni, nije moguće provoditi primarnu prevenciju. Stoga je izrazito potrebno provoditi



sekundarnu prevenciju, odnosno rano prepoznavanje, kvalitetno smanjenje simptoma bolesti, izbjegavanje alergena te edukaciju bolesnika kako bi liječenje bilo što učinkovitije, a posljedice spriječene (Popović- Grle S. 2007.).

### **3.2.1. Sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi kod bolesnika s alergijom**

Kod osoba koje pate od alergija najprije treba prikupiti podatke i medicinsku dokumentaciju o alergiji i njenim uzročnicima, terapiji koju bolesnik koristi, procijeniti emocionalno stanje te interese bolesnika. Sljedeći korak je evidencija kritičnih čimbenika koji utječu na pojavnost ili otežavaju samu alergiju, a to su: određeno doba godine u kojem se javlja alergija, vidljiva oštećenja kože koja narušavaju izgled, svrbež, respiratorne komplikacije (bronhospazmi) itd. I na kraju je vrlo važno prepoznati vodeća obilježja: bolesnik verbalizira nezainteresiranost za okolinu, izražava nelagodu spram fizičkih promjena uzrokovanih alergijama, učestali bronhospazmi. Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza i sestrinsko-medicinskih problema kod bolesnika s alergijom jesu:

1. Socijalna izolacija u/s izbjegavanjem alergena u/s 2° strah od alergijske reakcije;
2. Neupućenost u vrste alergena u/s nedostatkom specifičnog znanja i iskustva;
3. Visok rizik za anafilaktički šok u/s mogućim dodirima sa specifičnim alergenima 2° boravak u prirodi;
4. Strah od razvoja alergijske reakcije u/s neugodnim prethodnim iskustvom;
5. Svrbež kože u/s patofiziološkim promjenama 2° alergijska reakcija;
6. Urtikarija u/s patofiziološkim promjenama 2° alergijska reakcija;
7. MK: Anafilaksija;
8. MK: Quinkeov edem.

Nakon što je kroz medicinsku dokumentaciju i razgovor s pacijentom i njegovom obitelji dobila uvid u preliminarno stanje, medicinska sestra će educirati bolesnika i njegovu obitelj o njegovoj bolesti. U slučaju neupućenosti u bolest prikupit će podatke

o razlozima istoga. Potaknuti pacijenta na obavljanje određenih dijagnostičkih pretraga kako bi se saznao točan uzrok bolesti, ali i potaknuti ga da sam prati svoj organizam te evidentira reakcije svog organizma na određene alergene što će pomoći liječniku u odabiru terapije. Također će ga educirati o pojavnosti određenih alergena u prirodi koji kod njega izazivaju kožne reakcije ili bronhospazme radi lakšeg planiranja boravka na otvorenom. Isticati važnost liječničkog pregleda i redovitih kontrola te pravilnog korištenja terapije po preporuci liječnika, bilo oralnih lijekova, injekcija ili tretiranja kože po dermatologu. Pomoći će mu u interpretiranju liječničkih nalaza i savjeta. Medicinska sestra mora utvrditi znanje bolesnika o samopomoći kod asmatskih napadaja te ga educirati o istom. Po potrebi u suradnji s pacijentom isključiti će sve veće fizičke napore koji bi mu mogli izazvati bronhospazme i time ga obeshrabrili u daljnjem liječenju. Također u suradnji s pacijentom medicinska sestra može sastaviti popis aktivnosti koje bi pacijent rado provodio na otvorenom, van svog doma a koje njegovo zdravlje dozvoljava i time ga potaknuti na druženje kako bi se izbjegla socijalna izolacija. Ukoliko se kod pacijenta javljaju teške anafilaktičke reakcije, potrebno je sa pacijentom i njegovom obitelji napraviti plan postupanja u hitnim situacijama te se pobrinuti da pacijent sa sobom uvijek ima potrebnu terapiju po preporuci liječnika. Bitno je da cijelo vrijeme planiranja i educiranja medicinska sestra pruža emocionalnu potporu bolesniku i njegovoj obitelji te ih potiče na strpljenje i upornost u liječenju te ako je potrebno pojedine planove evaluira te postavi nove ciljeve a sve u svrhu konačnog rješavanja postavljene sestrinske dijagnoze ili sestrinsko-medicinskog problema što će u konačnici značiti i kvalitetniji život bolesnika i njegove obitelji.

## 4. AFEKTIVNI POREMEĆAJ- DEPRESIJA

Depresije su psihički poremećaji čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa ali i niz tjelesnih tegoba. Uzmemo li u obzir i blaže oblike depresivnih poremećaja, kao i rezignirajuće depresivne reakcije koje se pojavljuju uz druge psihičke i tjelesne bolesti, možemo ustvrditi da su u svim životnim razdobljima depresije vjerojatno najčešći oblik psihičkih poremećaja. Depresija se ubraja u bolesti koje su najranije opisane u povijesti medicine, a u moderno doba spada u najučestalije psihičke poremećaje. Od početka prošlog stoljeća broj osoba koje boluju od depresivnog poremećaja kontinuirano raste u svim industrijaliziranim zemljama svijeta, pa tako i u Hrvatskoj. Depresija nije samo loše raspoloženje ili tuga, depresija je poremećaj koji uzrokuje smetnje u psihičkoj i fizičkoj sferi pojedinca, te izaziva duboke patnje oboljelih. Dijagnoza se postavi kada se osoba kontinuirano osjeća žalosno svakog dana, veći dio dana, u razdoblju od dva tjedna ili duže i kada je ništa više ne može razveseliti. Osim uobičajene primjene pojma "depresija" na stanja zlovolje ili neraspoloženja unutar normalnog doživljavanja, o depresiji kao psihičkim poremećajima govori se na tri razine: a) na razini simptoma, kad se radi o pojedinačnim simptomima poput žalosti ili utučenosti; b) na razini sindroma, kada se pretpostavlja postojanje obrasca međusobno povezanih obilježja emocionalnih, kognitivnih, motoričkih, motivacijskih fizioloških i endokrinoloških komponenti; i c) kada se naziv koristi kao nadređeni pojam za različite poremećaje i njima pripadajuće (hipotetičke) uzroke, te znanja o njihovom tijeku i liječenju. (Hautzinger, 2002.)

Depresivni sindromi odlikuju se brojnim heterogenim simptomima. Karakteristična je istodobna pojava tjelesnih i psihičkih simptoma. Budući da se kod depresije ne mora pojaviti niti jedan od simptoma kao i da se nijedan od njih ne pojavljuje samo uz depresivne bolesti, te da bolesnici mogu imati u različitom stupnju izražene različite sklopove simptoma, prepoznavanje depresivnih poremećaja zahtijeva brižljiv dijagnostički postupak.

Tablica 3. Kriteriji za postavljanje dijagnoze depresivne epizode

<b>TIPIČNI SIMPTOMI</b>	<b>DRUGI ČESTI SIMPTOMI</b>	<b>IZRAŽENI SIMPTOMI KOJI MOGU SPEC. OBILJEŽITI KL. SLIKU</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- depresivno raspoloženje;</li> <li>- gubitak interesa uživanja;</li> <li>- smanjena životna energija u vidu umora i smanjene aktivnosti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- smanjena konc. i pažnja;</li> <li>- smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje;</li> <li>- osjećaj krivnje i bezvrijednosti;</li> <li>- sumoran i pesimističan pogled na budućnost;</li> <li>- ideje o samoozljeđivanju ili suicidu;</li> <li>poremećaj spavanja, smanjeni apetit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rano buđenje;</li> <li>- jutarnje pogoršanje depresije;</li> <li>- psihomotorna usporenost ili nemir;</li> <li>- gubitak apetita;</li> <li>- gubitak na tj. težini od 5% u zadnjih mjesec dana;</li> <li>- smanjenje libida.</li> </ul>

Hautzinger M. 2002.

Prema međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, depresivna epizoda se može označiti kao blaga, umjerena i teška. A s obzirom da dvije trećine bolesnika pati i od značajne anksioznosti, te je teško razlučiti koji su simptomi dominantni, uvedena je i dijagnostička kategorija anksiozno-depresivni poremećaj. Treba istaknuti da značajan broj depresivnih bolesnika često pohodi hitne internističke ili neurološke ambulante i liječnike obiteljske medicine tužeći se na tjelesne smetnje čiji je pravi izvor u neprepoznatom depresivnom poremećaju.

## 4.1. Simptomatologija depresivnih poremećaja

Depresivna stanja, kao što je već spomenuto, očituju se u nizu simptoma i znakova koje mogu biti tjelesnog ili emotivnog karaktera. Kako bismo kod provođenja zdravstvene njege mogli prepoznati simptome i znakove depresije i depresivnih poremećaja potrebno ih je znati i pravovremeno uočiti. Potrebno je promatrati cjelokupnu sliku pojedinca, od držanja njegova tijela pa sve do njegove motivacijske razine. Tako Hautzinger M. u svojoj knjizi "Depresija-modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije", govori o simptomima depresivnih poremećaja koji se dijele na nekoliko osnovnih faktora. To su: ponašanje/motorika/pojavnost, emocionalni simptomi, vegetativni simptomi, zamišljeni-kognitivni simptomi te motivacijska razina.

Kod ponašanja i izgleda pacijenta treba promatrati njegovo držanje tijela koje djeluje nemoćno, pogrbljeno, bez tonusa, usporenih pokreta, a može pokazivati i uzbuđenost, nervozu, nemir s puno pokreta, trljanja ruku i sl. Po izrazu lica se može vidjeti da li je pacijent tužan, plačljiv ili zabrinut. Naborano čelo ili poput maske ukočena mimika također može odavati depresivnog bolesnika. Od emocionalnih simptoma javlja se osjećaj utučenosti, bespomoćnosti, žalosti, beznađa, gubitka, kao i napuštenosti, osamljenosti, unutarnje praznine, nezadovoljstva i krivnje. Također se javlja i osjećaj neprijateljstva, strepnje i zabrinutosti te pomanjkanja osjećaja i odvojenosti od svijeta. Uz unutarnji nemir, napetost, razdražljivost, plačljivost, iscrpljenost, kao vegetativni simptomi se javljaju i slabost, poremećaji spavanja, osjetljivost na meteorološke promjene, gubitak apetita i tjelesne težine, pomanjkanje libida i dr. U zamišljene kognitivne simptome svrstavaju se negativni stavovi prema sebi i prema budućnosti, pesimizam, stalno prisutno samokritiziranje, nesigurnost, hipohondrija, siromaštvo ideja, otežano mišljenje, problemi s koncentracijom, očekivanje kazni ili katastrofa i slično. A zadnji, vrlo bitan faktor u simptomatologiji depresivnih stanja navodi se motivacijska razina koja se očituje u usmjerenosti na neuspjeh, povlačenju ili izbjegavanju, strahu ili bijegu od odgovornosti, gubitku interesa, nemogućnosti donošenja odluka, osjećaju preopterećenosti, povlačenju pa sve do povećanoj ovisnosti o drugima i samoubojstva.

Ovime je dotaknut samo mali dio depresivnog poremećaja koji je vrlo kompleksan te je još u fazi istraživanja. Ono što je vrlo važno spomenuti jest klinička slika, simptomi te kriteriji za postavljanje dijagnoze što je ovim tekstom i obuhvaćeno.

## **4.2. Najčešće sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi kod depresije**

Postupak procjene uključuje prikupljanje podataka, analizu podataka te formuliranje sestrinskih dijagnoza.

Neke sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi se kod određenih bolesti i poremećaja javljaju češće nego ostale, pa je tako i kod depresije. Ponekad su one rezultat samo duševnih tegoba, no često su rezultat kombinacije tjelesnih i duševnih tegoba. Tu činjenicu mora imati u vidu sestra koja provodi proces zdravstvene njege. Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza koje se javljaju kod osoba oboljelih od depresije jesu:

- 1) Anksioznost u/s kroničnom tjelesnom bolesti;
- 2) Socijalna izolacija u/s izbjegavanjem otvorenog prostora 2° agorafobija 2° depresija;
- 3) Gubitak volje za obavljanje aktivnosti samozbrinjavanja u/s patofiziološkim procesima 2° depresija;
- 4) Neučinkovito sučeljavanje sa problemima na poslu u/s gubitkom energije, pasivnošću, nemotiviranošću za promjene, umorom 2° depresija;
- 5) Neupućenost u uzimanje terapije u/s nedostatkom znanja;
- 6) Poremećaj prehrane u/s neadekvatnim unosom hrane;
- 7) Smanjena aktivnost u/s slabošću, umorom i općom iscrpljenošću 2° depresija;
- 8) Neadekvatno sučeljavanje bolesnika s bolesti u/s samnjenom podrškom i nerazumijevanjem okoline 2° neupućenost u uzroke i simptome bolesti te liječenje;
- 9) Visok rizik za suicid u/s patofiziološkim procesima 2° depresija.

Intervencije koje se provode kod bolesnika oblijelih od depresije temelje se na holističkom pristupu uzimajući u obzir njegovo psihopatološko znanje, osobine ličnosti, dob, društveni i kulturni status te njegove tjelesne i intelektualne sposobnosti (Sedić, B., Fučkar, G., Jakovljević, M. 1996.). U skladu s time medicinska sestra zajedno sa bolesnikom planira intervencije. Pritom treba imati na umu da se brine o bolesnikovim potrebama a ne o njegovoj bolesti. Jer, depresivne osobe su sklone uslijed gubitka energije, volje i motivacije zapostaviti osnovne ljudske potrebe. Od održavanja osobne higijene, prehrane, odmora i sna, pa sve do komunikacije s drugim ljudima. Njima to predstavlja izuzetan napor, stoga je medicinska sestra ta koja takvog bolesnika treba potaknuti na provođenje tih aktivnosti. Važno je da ciljevi koji se postave i intervencije koje se planiraju budu realni i ostvarivi za bolesnika. Bitno je i krenuti postupno kako uslijed nagomilanih ciljeva i intervencija bolesnik ne bi izgubio volju. Pritom medicinska sestra u svakom trenutku mora poštivati bolesnika kao jedinstvenu osobu i prihvaćati ga takvim kakav jest sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima. Na taj način će i pacijent steći povjerenje te pokazivati veću motivaciju što može samo pozitivno utjecati na njegovo stanje. Medicinska sestra mu mora pomoći pri usvajanju novih oblika ponašanja, poticati prihvatljivo ponašanje u odnosu na liječenje, odnos prema obitelji i okolini, cjelokupnom stavu i vrijednostima. Pružiti mu podršku u liječenju tjelesne bolesti od koje boluje, educirati bolesnika i njegovu obitelj o depresiji, terapiji i liječenju kao i o važnosti pravilnog i redovitog uzimanja terapije. Tražiti od bolesnika povratnu informaciju kako bismo bili sigurni kako shvaća stanje u kojem se nalazi i što je još važnije, kako shvaća da postoji rješenje i izlaz koji ne mora biti negativan. Ako je moguće, što više uključiti obitelj bolesnika kako bi se osjećao što manje izolirano, te ga poticati na boravak na otvorenom prostoru te druženje sa drugim ljudima. Svaka ta stavka iziskuje puno strpljenja pa je stoga ključno da svi planovi koji se rade sa takvim pacijentima budu što konkretniji, jednostavniji i kratkoročniji. Jer samo tako depresivni bolesnik može dobiti dovoljno samopouzdanja krenuti na idući korak koji nama izgleda vrlo jednostavan, no za njih vrlo složen, težak i jako važan.

### **4.3. Uloga medicinske sestre kod osoba oboljelih od depresije**

Osobe koje pate od depresije nerijetko zapuštaju svoj izgled te ih treba poticati na obavljanje osobne higijene (kupanje, pranje kose, češljanje, brijanje kod muškaraca i sl.). Ukoliko ove aktivnosti bolesnik ne može činiti sam, potrebna mu je pomoć medicinske sestre. Sestra treba bolesniku pomoći kod ustajanja, prošetati, odvesti u kupaonicu. Pri tome treba bolesnika ohrabrivati, dati mu podršku. Za svaki učinjen pomak, bolesnika treba pohvaliti i poticati na daljnje korake. Depresivno raspoloženje karakterizira bezrazložna žalost, potištenost, osjećaj niže vrijednosti, grižnja savjesti, osjećaj krivice, predbacivanje samom sebi. Strahuju od budućnosti, ništa ih ne može razveseliti. Misaoni tijek je usporen, na pitanja odgovaraju s dugom latencijom. U psihotičkoj depresiji mogu biti prisutne sumanute ideje krivice, propasti, hipohondrijske ili nihilističke ideje (čuje da i drugi govore da je on bezvrijedan, da bi bilo bolje da ga nema). Zaokupljeni su samima sobom i pesimističkim sadržajima. Koncentracija na nedeprativne sadržaje je otežana. Usprkos tome, medicinska sestra treba se puno baviti takvim bolesnikom, često razgovarati s njim iako on odbija suradnju i kontakt i dati mu do znanja da mu želimo pomoći i biti s njim i kada šuti. Dužnost je sestre poticati bolesnika na razgovor, pri čemu treba nastojati odvratiti mu pažnju od depresivnih sadržaja. Birati vedre teme koje bolesnika bar malo vesele (razgovor o djeci, unucima, poslu). Tijekom razgovora pronaći one osobine ličnosti na koje je bolesnik bio naročito ponosan u vrijeme zdravlja (urednost, „dobra domaćica“, hrabrost, upornost i drugo), te razgovor usmjeriti u pozitivnom i veselijem smjeru. Bolesnika treba poticati na komunikaciju s ostalim bolesnicima i postupno ga uključivati u oblike socioterapije (radna terapija, terapijska zajednica, grupna terapija i dr.). Appetit je smanjen, nemaju volje za jelom. Vrlo često odbijaju hranu „jer je nisu zavrijedili“. Važno je da sestra kontrolira prehranu i tjelesnu težinu bolesnika. Također, sestra treba kontrolirati vitalne i fiziološke funkcije. Česte su promjene srčanog ritma, cijanoza i hladnoća ekstremiteta. Depresivni bolesnici su često opstipirani te je potrebno kontrolirati stolicu. Mogu se javiti poremećaji menstrualnog ciklusa, te bolovi u različitim dijelovima tijela.



Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim specifičnim potrebama i poštujući osnovna načela sestrinske skrbi. Medicinska sestra prihvaća bolesnika onakvog kakav on jest - sa svim svojim vrijednostima, različitostima i osobitostima, bez obzira na rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja, gospodarske i društvene prilike u kojima bolesnik živi. Sestra komunicira s bolesnikom kad god je s njim, njeguje ga, dijeli terapiju, razgovara, čak i kad ne razgovara (neverbalna komunikacija), pri čemu ona djeluje u smislu ohrabrenja bolesnika ili zadovoljavanja bolesnikovih potreba za podrškom, slušanjem, savjetom, razgovorom ili samo socijalnim kontaktom, a ne u smislu psihoterapije i tumačenja njegova ponašanja.

Međutim, komunikacija sestra-bolesnik može biti i veoma moćno terapijsko sredstvo. O terapijskoj komunikaciji se govori kada pridonosi usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina od strane bolesnika, povećanju uvida bolesnika u problem i porastu samosvijesti, porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja bolesnika u sebe i druge, autonomiji ličnosti bolesnika i njegovoj neovisnosti i samostalnosti, smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja, otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja bolesnika, željenoj promjeni u ponašanju bolesnika te boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama. Drugim riječima, kroz terapijsku komunikaciju djelujemo na osjećaje, misli i ponašanje bolesnika mijenjajući ih u pozitivnom smjeru. Treba naglasiti važnost i značaj neverbalne komunikacije medicinske sestre i bolesnika, u oba smjera. *Neverbalnu komunikaciju* čine: ponašanje tijela, mimika, očni kontakt, govorno ponašanje, gestikulacije, dodirivanje, odijevanje, prostorno ponašanje te vremensko ponašanje.

**Opasnost od suicida** najjača je u ranim jutarnjim satima, kada se oni najlošije osjećaju jer za njih počinje još jedan turoban, besmislen i bezvrijedan dan. Navečer se osjećaju nešto bolje jer je jedan takav strašan dan iza njih. U radu s depresivnim bolesnikom, sestra treba pokazati svoje umijeće strpljenja i razumijevanja. Bolesnici trebaju uz profesionalan odnos i osjećaj prihvaćenosti, ljubavi i fizičkog kontakta (dodir, držanje za ruku, tapšanje po ramenu, glađenje po kosi). Sestra treba takvom bolesniku stalno iznova pružati poticaj za životom, dokazivati svoju dobru volju za pomoći i razvijati kod bolesnika osjećaj samopouzdanja i samopoštovanja.

Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost u radu najvažnije su odlike sestre koja se bavi duševnim bolesnicima, pri čemu ne smije zaboravljati etički kodeks i poštivanje ljudskih prava psihijatrijskog bolesnika (pravo na dostojanstvo, pravo na informaciju, povjerljivost medicinske dokumentacije i drugo). Ukoliko sestra pridaje značaj bolesniku i pokazuje poštovanje prema njemu, kod bolesnika će se razvijati osjećaj samopoštovanja i samopouzdanja što je od velike koristi za uspjeh liječenja velikog broja duševnih poremećaja, pa tako i depresije.

## 5. ZAKLJUČAK

Medicinska sestra je dio medicinskog tima koji sudjeluje u provedbi liječenja pacijenata i zdravstvenoj njezi. Time je ona osoba koja provodi najviše vremena uz bolesnika. Bolesnici koji su hospitalizirani ili se liječe ambulantno su često kronični bolesnici, izuzev pacijenata u hitnim prijemima. Iako, i osobe koje se pojavljuju u hitnim prijemima imaju komorbiditete koji su često kronične naravi i mogu utjecati na daljnji tijek liječenja akutnog zbivanja. U svakom slučaju, medicinska sestra je prva uz pacijenta te je kao takva dužna prepoznati i pravovremeno reagirati na svaku promjenu koja se dogodi. Osim fizičkog stanja, njezina je dužnost pratiti i psihičko stanje pacijenta koje u određenoj mjeri može uvelike utjecati na daljnji tijek liječenja osnovne bolesti. Iz tog razloga, potrebno je posebnu pažnju obratiti na osobe oboljele od kroničnih bolesti jer je veća mogućnost da će one pokazivati znakove depresije nego osobe koje ne boluju od kroničnih bolesti. Bilo bi poželjno da svaka sestra koja brine za bolesnike zna nabrojati znakove koji ukazuju na moguću depresiju i da zna postupati u skladu sa tim. Jer kao što je već navedeno, postoje jasni dokazi kako pravilno tretiranje depresije pozitivno utječe na tijek liječenja te znatno skraćuje liječenje i boravak u bolnici. A to je na prvom mjestu u interesu pacijenta, a zatim i cijelog zdravstvenog tima kao i zdravstva općenito. Nažalost, većina ljudi u zdravstvu još nije svjesna te višestruke važnosti. Tako da se ovim radom nastoji osvjestiti prije svega medicinske sestre te ih potaknuti na razmišljanje kod provođenja svih svojih postupaka vezano uz pacijenta. A svojim postupcima bi one mogle utjecati i na sve druge članove zdravstvenog tima koji brine o pacijentu. A zatim bi tu višestruku korist osjetio cijeli zdravstveni sustav, a što je najvažnije, pacijenti koje se često puta gleda samo kroz medicinske dijagnoze iako svi dobro znamo da su oni puno više od toga.

## 6. LITERATURA

1. Filaković P., Depresija bolesnika s komorbiditetom: Terapija. Medicus. Vol.13 No1./2004., str. 59-67.
2. Hautzinger M., Depresija: Modeli, Dijagnosticiranje, Psihoterapije, Liječenje. Zagreb: Naklada Slap, 2002.
3. Henderson V., Osnovna načela zdravstvene njege, Zagreb: HUSE i HUMS, 1994.
4. Hrvatska komora medicinskih sestara Zagreb. Sestrinske dijagnoze, 2011. ([http://www.hkms.hr/data/1316431501\\_827\\_mala\\_sestrinske\\_dijagnoze\\_kopletno.pdf](http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf))
5. Ivković- Jureković I., Astma: Epidemiologija, čimbenici rizika i patofiziologija. Paediatric Croat. 2006;50:7-15 str.
6. Kanceljak- Macan B., Macan J., Kronične bolesti: Suvremeni način života i alergijske bolesti. Medicus. Vol.9 No.1/ 2000., str. 73-77.
7. Keserović S, Čović I, Špehar B. Zdravstvena njega kod bolesnika s epilepsijom. Sigurnost bolesnika. 2014;19:142-146.
8. Keserović S., Čović I., Špehar B., Zdr. njega bolesnika s epilepsijom: Dijagnostika, Simptomatologija. Nursing Journal. Vol.19 No.2/ 2014.
9. Mojsović Z., Sestrinstvo u zajednici: Kronične plućne bolesti. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2007.
10. Ozmec Š., Zdravstvena njega internističkih bolesnika: Šećerna bolest. Zagreb: nastavni tekstovi Studij sestrinstva, Visoka zdr. škola
11. Plavec D., Spirometrija- zlatni standard u ambulantnoj dijagnostici KOPB-a. Medix br. 67/2005., str. 75.
12. Popović- Grle S., Alergijske bolesti- uzroci i posljedice. Stručni rad. Klinika za plućne bolesti Jordanovac, 2007.
13. Sedić B., Fučkar G., Jakovljević M.: Seminar HUSE - Sestrinska skrb za psihijatrijske bolesnike, Stubičke Toplice, 1996.
14. Rožman A., Kronična opstruktivska bolest pluća. Stručni rad. Poliklinika za bolesti dišnog sustava, Zagreb, 2007.

15. Vorko- Jović A., Strnad M., Rudan I., Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti: Šećerna bolest. Zagreb: Medicinska naklada, 2010.

## **7. SAŽETAK**

Depresija, sa svojim četvrtim mjestom na ljestvici zdravstvenih problema, predstavlja veliki problem u području mentalnog zdravlja u Europi. Ovaj poremećaj se sastoji od emocionalnih i tjelesnih simptoma koji se isprepliću, čiji je najgori ishod suicid. U svakodnevnom radu se susreću bolesnici s depresijom i tjelesnim bolestima pri čemu se javljaju problemi kod liječenja osnovne, tjelesne bolesti. Depresija se često ne prepoznaje na vrijeme pa se i njeno liječenje odgađa, što predstavlja produljenje patnje kod samog bolesnika, ali i njegove okoline. Problem ovog rada je povezanost depresije sa velikim brojem kroničnih bolesti i uloga medicinske sestre kod liječenja depresije. Cilj i svrha ovog rada su prikazati neke od kroničnih bolesti koje su najčešće u korelaciji sa depresijom te njihov međusobni odnos.

Ključne riječi: depresija, ispitivanje, kronične bolesti, medicinska sestra, poremećaj.

## **SUMMARY**

Depression, with his fourth place in the scale health problems, a major problem in the field of mental health in Europe. This disorder consists of emotional and physical symptoms that can overlap, which is the worst result of suicide. In their daily work to meet patients with depression and physical illnesses where problems arise in the treatment of primary, physical illness. Depression is often not recognized in time and its treatment delays, which represents an extension of suffering in the patients, but also its environment. The problem of this study is the depression connection with a large number of chronic diseases and the role of nurses in the treatment of depression. The aim and purpose of this study is to show some of the chronic diseases that are most often correlated with depression and their mutual relationship. The paper presents the study conducted by dr. psih.

Keywords: depression, testing, chronic diseases, nurse, disorder.

## 8. POPIS TABLICA I GRAFIKONA

Tablica 1. Diferencijalno dijagnostičke karakteristike KOPB-a u odnosu na astmu i zatajenje srca .....	4
Tablica 2. Klasifikacija šećerne bolesti .....	8
Tablica 3. Kriteriji za postavljanje dijagnoze depresivne epizode .....	23

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

**Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju**

Draženka Jambrišić

(Ime i prezime)

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mog završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 04.05.2016.

Jambrišić D.

(potpis studenta/ice)